CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 17

DES

HERNIES MUSCULAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 5 mars 1887

PAR

Pierre SPATHÈS

Né à Athènes (Grèce)

Ex-Interne à l'Hôpital civil d'Oran

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS

1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol. (ch. de cours)	CARRIEU.
Anatomie (Chargé du cours).	BIMAR.
Thérap. et Mat. méd. (ch. du cours)	MOSSÉ (✲).

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés en Exercice.

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	BLAISE.	TRUC.
MAIRET.	BAUMEL.	GERBAUD.
BIMAR.	VILLE.	GILIS.
MOSSÉ (✲).	GRANEL.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	FORGUE.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. GRYNFELTT, *président;*
DUBRUEIL, professeur.
TRUC, agrégé.
GERBAUD, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES DE MONTPELLIER

A MES MAITRES D'ORAN

A MES AMIS

P. SPATHÈS.

INTRODUCTION.

Pendant notre séjour à l'Hôpital civil d'Oran, nous avons eu l'occasion de recueillir deux observations de hernies musculaires, l'une produite par le droit antérieur de la cuisse gauche, l'autre par la longue portion du biceps brachial également gauche; cette seconde a été opérée avec succès par M. le docteur Guglielmi, d'après le procédé quelque peu modifié de M. Follin.

Il nous a paru assez intéressant de rapprocher nos deux observations de celles qui offrent avec elles le plus de ressemblance et que l'on rencontre çà et là dans la science, pour en faire l'objet de notre thèse.

Pour l'exécution de notre travail, nous avons dû consulter les différents auteurs qui ont écrit sur cette matière, et surtout les travaux de MM. les docteurs Cambon et Bonnet (de Romans).

Après avoir consacré quelques lignes à l'historique de la question, nous avons passé en résumé l'étiologie, le siège, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et enfin le traitement de la hernie musculaire.

Nous avons cru toutefois devoir insister sur le traitement curatif que nous avons vu employer récemment. Loin de

nous, certes, la prétention de vouloir trancher une question pour laquelle la majeure partie de ceux qui s'en sont occupés montrent une très grande réserve; notre seul désir est de faire ressortir les avantages que peut procurer, dans le plus grand nombre des cas, une opération chirurgicale de préférence au traitement palliatif, qui nous paraît insuffisant.

Telle est la modeste étude que nous avons l'honneur de soumettre à nos Juges, heureux si notre bonne volonté peut nous assurer leur bienveillance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES HERNIES MUSCULAIRES

HISTORIQUE.

L'histoire de la hernie musculaire ne remonte guère qu'à une soixantaine d'années. Pendant toute l'antiquité jusqu'à la fin du XVIII^me^ siècle, la hernie musculaire passa inaperçue et resta confondue avec les autres tumeurs. Il est vrai que dans un passage cité par Van-Swieten, dans ses Commentaires sur les aphorismes de Boerhaave, celui-ci parle de torsion musculaire produite par une violence extérieure. Toujours est-il que pour trouver le premier indice de cette affection, il faut arriver à l'époque de Ponteaud, qui parle de luxations musculaires sans déchirure de l'aponévrose d'enveloppe. A la même époque, nous trouverons Lieutaud et Duverney qui s'en occupent à leur tour. Puis vient Portal qui donna trois observations de déplacement musculaire

appuyées sur l'autopsie : ces trois observations montrent le muscle hors de sa gaîne.

Nous pouvons dire qu'en ce moment la hernie musculaire entrevue, mais non encore connue, était confondue avec la luxation et le déplacement musculaire. Enfin, Reydellet, le premier, commence à distinguer l'affection qui nous occupe et en tente l'étude. Il cherche à mettre un peu d'ordre dans cette question ; mais il est loin de l'élucider ; et nous devons arriver aux travaux plus récents de Dupuytren, de Larrey et de Bérard, pour trouver une description complète de la hernie musculaire.

D'autres observations ont été encore publiées par Rouillois, par Chanet, par Velpeau, par Jobert (de Lamballe), par Laugier, etc.... Mais le véritable historique de la hernie n'apparaît qu'avec la savante monographie que publia en 1861 M. Mourlon : elle constitue le traité le plus complet qui existe sur la matière. Dans ce travail, l'auteur rapporte les documents les plus nombreux pour établir le mécanisme de cette lésion.

DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE

La hernie musculaire se produit lorsque la membrane d'enveloppe du muscle se rompt et que les fibres musculaires s'engagent à travers la fente aponévrotique, comme les intestins s'engagent par les ouvertures normales ou accidentelles des aponévroses.

Plusieurs causes peuvent contribuer à la déchirure de cette membrane. Dans la majorité des cas, la rupture aponévrotique est instantanée, et alors elle est due à un effort violent, à une contraction musculaire brusque et puissante. Aussi la hernie musculaire se montrera-t-elle de préférence chez les personnes vigoureuses, bien musclées, s'adonnant à des travaux ou à des exercices pénibles, qui demandent des efforts musculaires considérables. Les observations qui ont été faites à ce sujet nous démontrent, en effet, que ceux qui sont le plus exposés à cette affection sont : les journaliers, les cavaliers, les camionneurs, les mécaniciens, les portefaix, *etc.*; elles nous démontrent en même temps que l'adulte y est plus exposé que l'homme âgé, et cela tient à la différence des habitudes et des conditions de la vie extérieure. La femme, pour cette dernière raison, y est très peu exposée. De tous ceux qui ont écrit sur ce sujet, Sédillot seul cite une observation de hernie musculaire à l'avant-bras droit chez une femme. La rupture de l'aponévrose peut être occasionnée par des projectiles de guerre, faisant séton à travers le muscle, par des instruments tranchants ou piquants, par des contusions vio-

lentes. Dans ce cas, la hernie est traumatique et peut être observée chez tous les individus sans distinction d'âge, de sexe ou de profession.

Souvent cette rupture se fait sans cause appréciable, comme dans le cas que nous rapportons dans notre première observation, et comme nous le constatons dans les trois observations citées par M. Baudin. Dans ces circonstances, on ne peut s'expliquer une telle rupture qu'en adoptant l'opinion de Dupuytren, qui dit qu'à la suite de contractions rapides et nombreuses des muscles, les fibres de l'aponévrose se dissocient et amènent la formation de la hernie.

SIÈGE.

Le siège de la hernie musculaire varie suivant la cause qui lui a donné naissance ou suivant les masses musculaires qui en ont été mises plus directement en action.

La hernie qui survient à la suite d'un traumatisme quelconque siégera là où se rencontre la plaie. Celle qui est le résultat soit de l'usure lente de l'aponévrose, soit de violentes contractions musculaires, siégera dans certaines parties du corps : elle pourra se montrer au bras, à l'avant-bras, rarement à l'abdomen, et dans ce cas Jobert (de Lamballe) la considère comme très dangereuse, car, dit-il, «si les deux feuillets de l'aponévrose sont déchirés, il peut y avoir entérocèle ou épiplocèle, ou bien entéro-épiplocèle.» L'observation clinique nous montre aussi la hernie siégeant plus fréquemment aux membres inférieurs, surtout aux cuisses, à la région des adducteurs : sur les douze cas que rapporte dans son travail M. le Dr Bonnet, neuf sont des hernies des adducteurs.

Il est aussi à remarquer qu'en général la hernie musculaire s'établit le plus souvent à la partie interne des membres, et cela tient à ce que les aponévroses d'insertion ou de contention, qui recouvrent les masses musculaires des parties externes, sont plus épaisses et par conséquent plus résistantes que celles des régions postérieures et internes des membres.

On conçoit donc facilement que de puissantes contractions musculaires puissent donner naissance à la hernie, là où les faisceaux musculaires qui la constitueront trouvent moins de résistance à vaincre.

SYMPTOMATOLOGIE.

En général, la hernie musculaire débute d'une façon brusque et instantanée, et lorsqu'elle se produit, le malade a conscience de la déchirure de l'aponévrose; il entend un craquement quelquefois assez violent, pour avoir été comparé à un coup de pistolet (Mourlon). Il est accompagné le plus souvent d'une douleur très vive et dont l'intensité a pu amener la syncope (Rouillois). Chez le malade qui fait le sujet de notre seconde observation, la douleur qu'il éprouva au moment de l'accident fut assez forte pour lui enlever tout sentiment de la rupture de l'aponévrose.

La hernie musculaire peut aussi débuter lentement et n'attirer l'attention du malade que lorsqu'elle s'est déjà établie et qu'elle commence à l'incommoder. Les trois observations que rapporte M. Baudin, et nous pouvons y ajouter la nôtre, sont très concluantes au sujet du début lent et insidieux de la hernie. La douleur très vive, brusquement survenue, peut quelquefois ne se manifester que quelque temps après l'accident et même manquer tout à fait. Généralement, elle oblige le malade à abandonner son travail, ou, s'il y persiste, une gêne, un engourdissement douloureux le forcent de nouveau à l'interrompre.

Mais le symptôme le plus caractéristique de cette affection est constitué par la hernie elle-même : cette tumeur, dont le volume pourra varier, est indolente, non pédiculée ; la peau

sans altération de couleur glisse sur elle; elle cause une gêne plus ou moins grande dans la partie où elle siège. La percussion offre une matité complète, et la palpation une mollesse ou une dureté, suivant que les muscles seront dans un état de contraction ou de relâchement. La tumeur est toujours irréductible spontanément. Mais on peut la réduire par la pression lorsque les muscles sont en repos.

Un autre symptôme, tout aussi important que la hernie, c'est la sensation qu'on éprouve par la palpation des bords de la fente de l'aponévrose; mais nous devons ajouter que la palpation n'arrive pas toujours à percevoir les rebords aponévrotiques.

DIAGNOSTIC.

S'il est facile quelquefois de reconnaître la hernie musculaire par l'étude de la région qu'elle occupe et par celle des symptômes caractéristiques qu'elle peut nous offrir, le plus souvent, il est très difficile de la diagnostiquer, et cette difficulté nous est prouvée par les nombreux exemples d'erreur de diagnostic que nous rencontrons dans des auteurs qui ont écrit sur la matière; en effet, dans le cas que cite Rouillois, la hernie musculaire est regardée d'abord comme une tumeur graisseuse; dans l'observation de Dupuytren, la hernie est prise par les uns pour une varice, par les autres pour un névrome; Cusco, Chanet, Velpeau, commirent aussi des erreurs semblables. Ainsi, comme on le voit, la hernie [illegible] à être confondue avec une varice, un névrome, un [illegible] une hernie au pli de l'aine ou une rupture musculaire (Laugier).

Nous ne pouvons donc mieux faire que de rapporter ici le [illegible] à la thèse de M. Cambon, qui [illegible] les inflammatoires des affections, avec lesquelles on peut confondre la hernie musculaire.

Rupture musculaire	Hernie musculaire.
1° Bruit de craquement quand l'accident a lieu.	1° Ce bruit n'a lieu que lorsque la hernie se produit.
2° Douleur vive instantanée, cessant dans le repos, reparaissant quand le muscle se contracte.	2° Douleur vive au moment de l'accident, ne reparaissant plus quand le muscle travaille.
3° Impossible d'exécuter les mouvements auxquels préside le muscle rompu.	3° Les mouvements sont toujours possibles au muscle hernié.
4° Enfoncement plus ou moins facile à constater ; écartement plus ou moins considérable des bords de l'enfoncement, variable avec le relâchement et la contraction, avec les mouvements mécaniques imprimés.	4° Pas d'enfoncement ; au contraire, tumeur plus ou moins volumineuse ; on sent le rebord aponévrotique.
5° Ecchymose après l'accident, phénomène inconstant.	5° L'ecchymose n'a jamais été observée.
6° Les ruptures guérissent vite sans affaiblir l'énergie musculaire.	6° La guérison n'arrive jamais seule. Le muscle perd de sa force.

Entérocèle.	
Tumeur de forme plus ou moins arrondie, sans changement de couleur de la peau ; molle, rénitente et élastique, augmentant par la toux, disparaît par la pression, gargouillement déterminé par les liquides et les gaz intestinaux, quand la hernie rentre dans la cavité abdominale, sonore à la percussion, indolente, digestions pénibles ; coliques plus ou moins violentes ; météorisme, éructations, nausées, vomissements si la hernie ne rentre pas.	N'augmente pas par la toux.
	Matité à la percussion ; pas de phénomène du côté de l'intestin.

Epiplocèle.

Irrégulière, bosselée, molle, pâteuse; pas de gargouillement quand on la réduit; son mat, tiraillements douloureux du côté de l'estomac après le repas.

Plus ou moins dure suivant la contraction du muscle; pas de tiraillements de l'estomac.

Orchiocèle.

On a trouvé des cas de hernie du testicule engagé dans le canal crural et pris pour une hernie irréductible qui aurait pu simuler une hernie musculaire.

On constate alors absence du testicule dans le scrotum.

Douleur à la pression.

Réductible, jamais douloureuse à la pression.

Anévrysme.

De temps en temps élancements douloureux dus à la distension des filets nerveux; siège au niveau d'une artère; la peau n'est pas altérée; à l'application de la main, mouvements saccadés, en rapport avec ceux du cœur. Mouvement d'expansion pendant la systole des ventricules et en même temps que les artères se dilatent. Ce mouvement est suivi d'un autre mouvement de retrait. La main perçoit aussi dans certains cas le frémissement vibratoire. Bruit de souffle à l'auscultation; molle quand elle est récente, mollesse moindre quand

Peut ne pas siéger au niveau d'une artère; pas de mouvement en rapport avec le cœur; pas de frémissement vibratoire; pas de bruit de souffle; n'augmente pas par la pression au-dessus ou au-dessous.

elle est plus ancienne. La tumeur se réduit si on comprime l'artère au-dessus; elle augmente si on comprime au-dessous.

Abcès par congestion.

Se forment lentement et presque toujours sans douleur; ils n'altèrent pas la couleur de la peau, ils présentent de la fluctuation; quand ils siègent au pli de l'aine, ils sont réductibles comme les hernies, souvent il y a douleur quand on les comprime.

De plus, il y a des symptômes tenant à la constitution générale du sujet, du côté de la colonne vertébrale, de l'articulation coxo-fémorale.

Peut se former lentement ou être instantanée; pas de fluctuation.

Ne sont pas douloureuses quand on les comprime. Peut se trouver chez tous les individus de bonne ou mauvaise constitution.

Varice.

Dilatations flexueuses augmentant pendant la station verticale, fluctuantes et réductibles. Coloration bleuâtre. La compression de la veine entre la varice et le cœur en augmente le volume. Ces symptômes cessent lorsque le membre est placé dans la position horizontale.

Pas de dilatations flexueuses, n'augmente pas de volume quand on presse dessus ou dessous, pas de coloration bleuâtre.

Luxation du fémur en haut et en avant.

Tumeur de consistance osseuse; la tête du fémur se porte en avant, soulève les parties molles du pli de

Pas de consistance osseuse; le membre n'est pas raccourci; il n'y a pas de déformation de la fesse.

l'aine, rejette les vaisseaux fémoraux en dedans, le membre est raccourci avec rotation en dehors. La fesse est aplatie.

Kystes.

Tumeurs irréductibles et mobiles, quelquefois fluctuation et transparence suivant leur contenu, quelquefois frémissements, forme variable suivant qu'ils sont uniloculaires ou multiloculaires.

La hernie est toujours réductible, dure ou molle suivant que le muscle se contractera ou non, toujours opaque.

Lipomes.

Tumeur mobile, hémisphérique, quelquefois pédiculée. A la palpation, on peut se rendre quelquefois compte de la présence des lobules et des cloisons qui les séparent.

Jamais pédiculées; pas de sensation de lobules.

Loupes.

Tumeurs indolores, adhérentes à la peau et mobiles sur les tissus sous-jacents, irréductibles, quelquefois orifice visible à l'œil nu, par lequel on fait sortir le contenu.

N'est pas adhérente à la peau, à moins d'une plaie qui ait favorisé cette adhérence, réductible, pas d'orifice.

Névrome.

Le névrome siège sur le trajet d'un nerf et forme une tumeur mobile et roulante sous la peau. Mobile surtout dans le sens latéral, à peine dans la direction du nerf. Douleur vive, revenant par accès, à la suite d'un froissement, d'un contact.

La hernie musculaire est indolente, réductible, rarement elle siège sur un filet nerveux.

PRONOSTIC.

En parlant du siège de la hernie musculaire, nous avons fait ressortir le danger qui pourrait résulter si celle-ci vient à se montrer à l'abdomen. A part ce cas, la hernie ne compromet pas la vie du malade, et l'on peut avancer que son pronostic n'est pas grave. Cependant, cette affection offre un inconvénient qui n'est pas sans importance. Abandonnée à elle-même, la hernie ne guérit jamais seule, et comme son volume reste rarement stationnaire et qu'il a de la tendance à s'accroître de plus en plus, il résulte pour le membre qui en est atteint une perturbation profonde dans le jeu de ses fonctions, et pour le malade une infirmité capable de devenir un obstacle sérieux pour ses occupations.

TRAITEMENT.

Le traitement des hernies musculaires ne peut être que palliatif ou curatif, car un traitement préventif dont parlent certains auteurs n'aurait sa raison d'être que tout autant qu'on aurait à pressentir des hernies musculaires, consécutives à des plaies par instrument tranchant, etc., ou par opérations chirurgicales.

Traitement palliatif. — Le traitement palliatif consiste à maintenir, par un bandage approprié, la hernie réduite, ou du moins à empêcher son développement ultérieur. Des bandages de toute nature ont été successivement employés pour cela, tels que bande de toile ou de caoutchouc, des appareils lacés, des brassards, des bracelets élastiques, des jambières, des cuissards de coutil, de tissus élastiques, de cuir. Follin conseille même d'ajouter une pelote au bandage des hernies des membres, mais il n'indique aucun fait démontrant l'efficacité de ce bandage. Mais tous ces bandages, si bien appliqués qu'ils soient, et quel que soit leur degré de perfection, ne rendent pas les services que les auteurs leur accordent généralement. Non seulement ils n'empêchent pas les hernies musculaires de grandir, mais encore ils deviennent gênants pour les malades en surexcitant la partie lésée par un frottement continuel, si bien que le malade s'en débarrasse

d'ordinaire, ou il les remplace par des liens plus simples, comme une bande de toile ou un mouchoir, dont il cherche à régler la force de compression à raison du soulagement qu'elle leur procure. Or, la gêne du membre hernié augmentant à mesure que la hernie se développe, la force de compression du bandage devient inefficace et n'empêche nullement la déchirure aponévrotique de s'étendre, ni la hernie de se développer; rarement celle-ci reste stationnaire, et les malades devenus incurables sont pour la plupart obligés d'abandonner, à leur détriment, leur profession première pour s'adonner à des travaux plus conformes à leur état du moment.

Traitement curatif. — Le plus grand nombre des auteurs qui se sont occupés des hernies musculaires conseillent les appareils de contention. Ils ne voient dans cette maladie que son peu de gravité pour la santé des malades et négligent leur état ultérieur, qui souvent les réduit à ne pas pouvoir gagner leur subsistance. Aussi se montrent-ils sinon hostiles, du moins fort réservés, à l'endroit du traitement curatif et de son efficacité.

Hénoques et Laugier considèrent ce traitement comme inutile, et Baudin, dans son remarquable travail sur les hernies musculaires, après avoir parlé du traitement curatif préconisé par Follin, conclut : « L'opération, comme on le voit, est assez inoffensive; nous ne pensons pas cependant qu'elle doive être tentée; les aponévroses ainsi que les fascia ne possèdent qu'une vitalité tout à fait rudimentaire, à peu près nulle; elle ne présente par conséquent qu'une très faible tendance à réparer leurs solutions de continuité, et l'on peut difficilement espérer la formation de la bride cicatricielle cherchée. »

Cependant cette bride cicatricielle cherchée n'est pas, à notre avis, aussi rare que M. Baudin veut le dire. Assurément, la vitalité des aponévroses n'égale pas celle des autres tissus ; mais, si petite qu'elle soit, nous ne croyons pas qu'elle puisse être mise à l'écart, et nous pensons que dans un travail d'inflammation et de réparation, une aponévrose lésée doit participer concurremment avec les autres tissus à la formation de tissus cicatriciels.

M. Mourlon conclut dans ce sens, lorsqu'il dit que « la cicatrice qui comblera cette plaie comprendra le tissu cellulaire lâche qui recouvre les muscles, l'aponévrose, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau ; elle sera linéaire et replacera le muscle dans les conditions normales de fonctionnement. Il y aura bien pendant quelques jours une légère adhérence du muscle avec la cicatrice ; mais les mouvements imprimés, l'exercice, ne tarderont pas à rendre au muscle son activité et son aisance primitives. »

Dans son anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus, Hutin tire des conclusions d'égale valeur : « Les plaies des aponévroses, dit-il, peuvent être dirigées parallèlement à leurs fibres, ou obliquement, ou en travers. Dans le premier cas, il n'y a que peu ou point d'écartement. Les fibres musculaires et leur tissu cellulaire interstitiel se cicatrisent en enveloppant la plaie aponévrotique dans ce travail. Quelquefois aussi, même dans ce cas, la réparation de l'aponévrose ne se fait pas : on y trouve alors une fente dont les bords épaissis, rapprochés ou renversés en dedans, ne deviennent béants que dans certains mouvements des muscles. Des adhérences s'établissent le plus souvent entre eux et le tissu superposé. Ces plaies sont rares et le plus fréquemment il y a section oblique ou transversale de l'aponévrose. Dans ces circonstances, il existe un hiatus par lequel se précipitent les fibres musculaires sous-jacentes, en

produisant une hernie. Les bords de la toile aponévrotique prennent plus d'épaisseur, la portion musculaire herniée devient à son tour adhérente aux tissus placés en dehors d'elle et reste pincée : ou bien elle conserve son indépendance et assez de mobilité pour faire saillie ou disparaître alternativement pendant les mouvements. Ceci est plus remarquable lorsque les plaies sont directement en travers, que lorsqu'elles sont en diagonale. Dans un cas comme dans l'autre, si l'aponévrose ne s'est pas cicatrisée, ses bords divisés se renversent sur eux-mêmes en dedans, en formant des anneaux solides et résistants, dans le genre de ceux que l'on voit au diaphragme. La partie herniée des muscles perd souvent alors sa couleur rouge et devient jaunâtre, moins résistante et facile à déchirer. Autour d'elle, l'aponévrose se teutre et ses fibres, dirigées en différents sens, contractent des adhésions avec les voisines, avec le tissu cellulaire, la peau, etc.»

Il ressort par conséquent des deux dernières citations que nous venons de faire, que si les bords de l'aponévrose déchirée, à cause de leur peu de vitalité, ne parviennent pas à réparer leur solution de continuité et fermer la fente à travers laquelle sortent les faisceaux musculaires, ils sont tout au moins englobés dans le travail de cicatrisation et, de ce chef, la déchirure de l'aponévrose se trouve oblitérée.

Les faits, d'ailleurs, confirment cette manière de voir; nous les observons tous les jours sur les plaies dont les surfaces se couvrent de bourgeons, réunissent les tissus et forment des membranes protectrices.

Les mêmes faits sont aussi confirmés par le succès que nous offrent les quelques cas de hernies musculaires opérées à diverses époques et que nous rapportons plus loin, ainsi que par l'absence d'opérations identiques suivies de résultats négatifs.

Le traitement chirurgical, curatif, ne doit donc pas être regardé comme inutile, et nous estimons que dans le plus grand nombre de cas de hernies musculaires, il doit être préféré au traitement palliatif, en ce sens qu'il préservera le malade d'une infirmité dont les conséquences sont souvent déplorables pour lui.

Le traitement curatif consiste à faire, d'après Follin, sur le point lésé, une incision profonde, allant jusqu'au muscle, et panser la plaie avec de la charpie sèche, de façon à la faire suppurer et à y faire développer un tissu cicatriciel assez solide pour boucher le trou de l'aponévrose.

C'est le procédé qu'a suivi M. le Dr Guglielmi, mais avec cette seule différence que la charpie a été remplacée par un tube à drainage, de grosseur appropriée aux dimensions de la plaie.

Observation I.

(De M. Baudin, résumée par le Dr Bonnet).

Le sieur L.... Félix, dragon, se présente à la visite à la fin du mois d'avril 1878. C'est un jeune homme de 25 ans, bien musclé et d'une bonne constitution. Il est porteur d'une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, siégeant à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche. Elle est placée à trois ou quatre pouces au-dessous du ligament de Poupart, à la partie interne du triangle de Scarpa. Au niveau de la tumeur, la percussion dénote un son mat; elle est indolente et n'offre aucune adhérence avec la peau. Lorsque le membre est porté dans l'abduction, la tumeur s'efface presque entièrement. Dans l'adduction, elle est à son maximum de développement. Dans la demi-adduction, elle disparaît complètement.

Au repos, le malade ne ressent aucune gêne; la marche et l'équitation produisent assez rapidement une sensation de fatigue, une sorte de brisement général dans tout le membre inférieur gauche. L... déclare que sa tumeur est venue peu à peu d'une manière insidieuse et qu'elle n'est pas consécutive à un effort violent. Le 29 avril 1878, il est envoyé à l'hôpital où l'on confirme le diagnostic de M. Baudin. L.... part le 13 juin en convalescence de 3 mois, sa hernie est contenue par un bandage compressif. A son retour au corps, la tumeur est plus saillante, plus grosse. Malgré le cuissard qui la maintient, elle arrive à avoir le volume d'une pomme d'Api. L.... est réformé le 29 avril 1880 et renvoyé dans sa famille.

Observation II.

(De M. Baudin, résumée par le Dr Bonnet).

Le dragon V..... Joseph-Félix, employé depuis un an comme ouvrier bottier au régiment, est un jeune homme de 25 ans, de petite taille, mais bien musclé. V...., qui est au service depuis quatre ans, présente une tumeur du volume du poing à la partie supérieure et interne de la cuisse, vers le moyen adducteur. Elle est réductible dans la demi-adduction et n'occasionne qu'une gêne assez grande dans la marche; après un exercice un peu prolongé, le malade est pris de claudication.

Au début, la tumeur était de la grosseur d'une noix. V.... assure que sa hernie musculaire s'est produite lentement. Il est réformé en 1880.

Observation III.

(De M. Baudin, résumée par le Dr Bonnet).

En septembre 1880, le maréchal des logis W...., du 10me régiment de dragons, âgé de 22 ans et doué d'une bonne constitution, nous montre une hernie musculaire du premier adducteur, offrant les mêmes symptômes que les hernies décrites dans les deux observations précédentes.

En février 1879, W.... s'aperçut un matin, en s'habillant, qu'il avait à la partie supéro-interne de la cuisse une petite tumeur de la dimension d'une noix. Comme elle ne lui occa-

sionnait aucune douleur, il continua ses classes ; au bout de quelques mois, il ressentit un peu de gêne, l'équitation produisait des crampes dans la cuisse. W.... se sentait soulagé quand la hernie disparaissait, grâce à un bandage ou à un mouchoir dont il entourait le membre.

Observation IV.

(Empruntée à M. le Dr Bonnet (de Romans.)

Le nommé G.... Joseph-Henri-Victorin, 2me cavalier au 1er régiment de hussards à Marseille, est un jeune homme d'une constitution moyenne, né le 16 février 1863, à Tourvès (Var). Il n'offre comme antécédents morbides qu'un ptyriasis versicolor localisé au thorax et à la partie supérieure des bras et datant de deux ans.

Le 16 février dernier, à 8 heures du matin, G... glissa en soulevant sur son épaule un sac d'avoine de 50 kilos; en voulant reprendre l'équilibre, il se contracta de toutes ses forces. Il fut obligé de suspendre immédiatement son travail et vit apparaître deux tumeurs à la partie supéro-interne des cuisses. Ce n'est que deux heures après l'accident qu'il ressentit dans cette région une vive douleur. Il entra le même jour à l'infirmerie, où on lui plaça un spica double silicaté qu'il a gardé plus de 15 jours. Le 25 mars, G... est envoyé à l'hôpital militaire, salle 4, lit N° 4, service de M. le médecin principal Paoli.

A son entrée, ce malade présente deux tumeurs identiques dans leur volume et leur situation, placées dans le triangle de Scarpa (partie supérieure et interne). Les tumeurs, nous dit

G... n'ont pas changé de forme et de dimension depuis le 16 février, jour de l'accident.

La tumeur s'attache en haut au pubis et se continue en bas dans la direction du grand adducteur : la forme est oblongue : elle est dirigée de haut en bas, de dehors en dedans. Elle est irréductible et indolente à la pression, mate à la percussion.

Le stéthoscope ne nous fait entendre aucun bruit à ce niveau. La peau glisse facilement sur elle et ne présente aucune coloration anormale. Dans l'abduction du membre inférieur, la tumeur devient aplatie et assez difficile à limiter ; elle est un peu molle, et son centre est soulevé d'un centimètre au-dessus des parties voisines. La longueur est de 9 centimètres et sa largeur de 6 environ. La circonférence de la cuisse au centre de la tumeur est de 48 centim.

L'adduction fait au contraire saillir la tumeur : son centre domine alors les parties ambiantes de 2 centim. Elle est plus globuleuse et plus dure : sa longueur diminue, mais sa largeur augmente. La cuisse a alors une circonférence de 50 c. en passant par le point central de la tumeur.

Quand le malade contracte ses muscles adducteurs sans faire aucun mouvement, le même phénomène se produit.

Nous électrisons G... à différentes reprises en plaçant un des pôles vers la partie supérieure du triangle de Scarpa et l'autre à l'angle inférieur de ce même triangle. Dans toutes ces expériences, nous observons que les courants faradiques amènent l'augmentation notable du volume de la tumeur, ainsi que son durcissement.

G... offre une démarche presque normale tout en ressemblant légèrement à celle des palmipèdes. La marche ne peut être prolongée longtemps sans produire une grande fatigue.

M. le médecin principal Paoli fait placer un spica double, dont les bandes s'entre-croisent au niveau des tumeurs, sur

lesquelles sont apposées deux plaques de plomb recouvertes d'ouate; le malade garde le repos le plus absolu. Ce traitement n'a aucun succès, et il est abandonné au bout de quelques jours.

G... quitte l'hôpital militaire le 15 avril, et rentre à la caserne Menpenti en attendant le conseil de réforme. Nous revoyons le malade le 11 mai suivant; la double tumeur est identique à ce qu'elle était au mois de mars.

G... est renvoyé dans ses foyers avec un congé de réforme N° 1.

Nous recevons à la fin du mois de juillet 1886 une lettre de notre sujet; rien n'est changé dans la disposition et le volume des tumeurs.

Selon nos Maîtres et selon nous, nous nous trouvons en présence d'une hernie du moyen adducteur des deux cuisses.

Observation V.

Personnelle.

Le nommé Mohamed-ben-Mohamed, marocain, âgé de 35 ans, journalier, entre à l'hôpital civil d'Oran le 23 juin 1885, dans le service de M. le docteur Sandras, pour des contusions simples de la face. Il occupe le lit 28 du pavillon N° 3. Ce malade est solidement constitué, il jouit d'une excellente santé et ses contusions se résument en une ecchymose peu intense périorbitaire gauche et à une égratignure du nez. Nous n'avons pas à insister sur ces lésions, suite de chute; mais nous remarquons, en examinant le malade, un mouchoir entourant sous forme de bandage le milieu de la cuisse gauche. Nous enlevons le lien et nous constatons une tumeur

parfaitement circonscrite, peu saillante (le membre étant au repos et dans l'extension), molle à la palpation, pseudo-fluctuante, sans changement de couleur du tégument qui la recouvre.

Avant de pousser plus loin notre examen, nous interrogeons le malade, qui nous répond que cette tumeur date de cinq ans, qu'elle est venue seule, sans cause appréciable. Le malade ne se rappelle pas avoir été contusionné à cet endroit. Au début elle était petite, elle a augmenté peu à peu, son métier de journalier l'obligeait souvent à des efforts considérables, à remuer de lourds fardeaux, etc. Cependant déjà depuis longtemps le malade ne peut se livrer à un travail suivi et de quelque durée: la tumeur le fait souffrir, le fait boîter, le membre inférieur s'œdématie; le malade est obligé au repos. Le mouchoir, de préférence à tout autre lien, le soulage un peu, mais n'empêche pas la tumeur d'augmenter de volume. Il n'a jamais pu supporter des bandages qu'on lui a donnés dans le temps ; pour peu qu'ils lui serrent les cuisses ils le font trop souffrir ; s'ils ne le serrent pas trop ils ne tiennent pas en place, la tumeur se gonfle et le malade ne peut travailler ; seul le mouchoir le soulage. Il ne peut plus exercer son ancien métier de portefaix.

Nous continuons l'examen de la tumeur; en faisant fléchir la jambe sur la cuisse et celle-ci sur le bassin, nous voyons se produire une tumeur volumineuse, plus grosse qu'un œuf de poule, de la configuration d'une châtaigne, à sommet supérieur, d'une épaisseur de 3 centimètres, plus dure que lorsque le membre est dans l'extension et au repos, mais se réduisant facilement par la pression de la main. Le doigt indicateur nous fait percevoir un bord mousse, lequel devient plus sensible dès que le membre est au repos, dans l'extension et que la tumeur diminue de volume.

La situation qu'occupe cette tumeur un peu au-dessus du

tiers inférieur de la cuisse gauche, sur le trajet du droit antérieur, la mobilité de la peau, l'absence momentanée de douleur, le son mat que donne la percussion, les autres signes et les commémoratifs sus-mentionnés, nous permettaient de considérer cette tumeur comme une hernie du droit antérieur à travers le *fascia lata*.

Ce diagnostic a été confirmé le lendemain par M. le Dr Sandras. L'opération fut proposée au malade, mais il ne l'a pas acceptée ; il sortit de l'hôpital le 27 juin, toujours muni de son mouchoir, ayant formellement refusé un cuissard élastique.

Observation VI.

M. Rouillois, interne des hôpitaux, rapporte le fait suivant: le nommé Boulinier, âgé de 33 ans, raffineur de sucre, d'une forte constitution, brun, bien musclé, entre à l'hôpital le 13 octobre 1829. Il raconte que, il y quatre mois, à la suite d'un effort violent, en portant contre son ventre une caisse pesant 150 livres, il ressentit aussitôt une vive douleur accompagnée d'un craquement à la partie interne et supérieure de la cuisse. La douleur fut si vive qu'il tomba en syncope. Il lui fut impossible de se relever ; il dit même que, ayant essayé de marcher, il sentait quelque chose qui semblait s'embarrasser dans la cuisse. Ce sont là ses propres expressions. Il s'aperçoit alors d'une petite tumeur grosse comme une noix, située en dedans de la cuisse. Cette tumeur augmenta peu à peu de manière à avoir, au moment de son entrée à l'hôpital, la grosseur d'un petit œuf de poule. Il

portait également une hernie inguinale gauche, suite du même effort.

Dans l'aine gauche, à la partie interne de la cuisse, à 4 pouces au-dessous du ligament de Fallope, entre le premier adducteur et le droit interne, on sent sous la peau une petite tumeur grosse comme un petit œuf de poule, indolente, pâteuse, mobile, sans changement de couleur à la peau; elle paraît enfoncée entre les muscles. Le malade, en fléchissant un peu la cuisse et la portant en rotation en dehors, fait saillir la tumeur, qui paraît chassée d'entre les muscles et qu'on peut saisir facilement. Du reste, elle n'est point douloureuse, seulement elle gêne un peu le malade en marchant.

On pratique l'opération le 22 novembre.

La peau fut incisée dans l'étendue de trois pouces.

On aperçut en face de la plaie une ouverture faite à l'aponévrose *fascia lata*; une portion charnue se trouvait engagée dans cette ouverture et se présentait sous l'aspect d'un corps mou, rougeâtre. Jusque-là, on ne se doutait pas encore de la nature de la tumeur; on agrandit l'ouverture aponévrotique et on chercha à saisir la prétendue tumeur graisseuse; impossible de la rencontrer. Alors on fit prendre au malade la position qu'il affectait lorsqu'il avait l'intention de la faire saillir, et l'on vit que cette tumeur était formée par une portion du muscle premier adducteur, qui s'engageait dans l'ouverture faite à l'aponévrose. La plaie ne fut pas réunie par première intention. A [illegible] fourni par une artère qu'il fut impossible de saisir dans le muscle lui-même; il fallut recourir à la compression: le malade guérit parfaitement.

Observation VII.

(Recueillie par M. le Dr Ernest Cambon.)

Auguste Raymond, âgé de 50 ans, né à Bourg-Saint-Maurice (Savoie), est entré il y a bientôt 20 ans, pour cause de cécité, à l'Hôpital Général. Un jour du mois de juillet 1878, en examinant ce malade, M. Serre découvrit une tumeur qu'il présentait à l'avant-bras droit ; il diagnostiqua une hernie musculaire; nous l'interrogeâmes à notre tour à ce sujet, voici ce qu'il nous répondit : dans sa jeunesse il fit une chute malheureuse, chute à la suite de laquelle il se fractura les deux avant-bras. Le bras gauche, qui n'avait pas été atteint, guérit assez rapidement. Il en fut tout autrement du bras droit; un des fragments de l'os avait déchiré les muscles voisins, ainsi que l'aponévrose et la peau : il y avait fracture compliquée; la guérison se fit attendre près de trois mois. Toutefois, une tumeur d'un certain volume se montrait là où avait eu lieu la fracture, elle n'était presque pas douloureuse, si ce n'est à certains moments où de légers tiraillements s'y faisaient sentir. Depuis lors, elle a bien diminué de volume, et les douleurs sont nulles; elles se présentent actuellement dans l'état suivant:

Examen de la tumeur. — Le bras étant dans l'extension et en l'absence de toute contraction des fléchisseurs de l'avant-bras, on constate à la partie antérieure, vers le tiers supérieur et se rapprochant un peu du bord cubital de l'avant-bras, une tumeur molle, indolente, située immédiatement sous la peau, qui présente en cet endroit quelques traces d'une ancienne cicatrice. Cette tumeur, du volume de la

moitié d'une noix, de forme un peu elliptique dans le sens vertical, a environ deux centimètres et demi de diamètre. Lorsqu'on ordonne au malade de contracter ses fléchisseurs, la tumeur devient tout à coup beaucoup plus dure, elle devient aussi beaucoup plus saillante, mais à certains endroits seulement, de sorte que sa surface est irrégulièrement bosselée. Si on recherche la cause de ce fait par la palpation, on constate que la peau adhère au muscle sous-jacent le fléchisseur superficiel; on peut s'en rendre compte en exerçant de légers tiraillements sur la peau ; on remarque, en effet, que la peau qui se déplace facilement sur les autres parties de l'avant-bras, reste adhérente au point où siège la cicatrice. On constate, en outre, par une compression légère, une ouverture qui peut recevoir deux doigts; cette ouverture est limitée par l'aponévrose, dont les bords tranchants sont semblables à des cordes très tendues. C'est à travers cette ouverture aponévrotique que vient faire saillie le muscle fléchisseur superficiel, lorsque le malade en détermine la contraction.

Les circonstances dans lesquelles la tumeur s'est formée, sa consistance variable suivant la contraction ou le relâchement des muscles de l'avant-bras, la sensation du rebord aponévrotique à travers lequel se produit la tumeur, tout fait diagnostiquer une hernie musculaire à travers une déchirure de l'aponévrose de l'avant-bras. Le muscle hernié est probablement le fléchisseur superficiel.

Observation VIII.

(Personnelle)

Le nommé El Hachemi ben Djillali, marocain, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital le 9 janvier 1885, dans le service du Dr Guglielmi. Il occupe le lit N° 29, pavillon 8. Le malade porte vers le milieu du bras gauche une tumeur de la forme et de l'étendue d'un œuf de pigeon et d'une épaisseur ayant au maximum, à l'état de repos du membre, un centimètre et demi environ. Un mouchoir l'entoure et lui sert de bandage.

Le malade est manœuvre de son métier; grand, sec, très bien musclé; il n'a jamais eu de maladie jusqu'à ce jour. Quant à la tumeur qu'il porte au bras, elle remonte à deux mois, à la suite d'un effort considérable, mais isolé, qu'il fit pour préserver ses doigts d'un écrasement certain, en aidant des tailleurs de pierre à décharger une charrette d'un gros bloc.

Au moment de l'accident le malade ressentit, à l'endroit qu'occupe la tumeur, une douleur intense qui s'irradiait jusqu'au pli du coude, mais il ne se souvient pas avoir entendu ni craquement, ni déchirement; la douleur persista au moins une demi-heure, puis elle se dissipa graduellement pour reparaître quelques instants après, lorsqu'il essaya de reprendre son travail. Alors il s'aperçut, en palpant, de la présence de la tumeur, qu'il compare à la grosseur d'une amande. Il serra le membre supérieur avec un gros mouchoir et continua son travail malgré les cuissons qu'il ressentait. Le soir tout le membre était œdématié et engourdi. Le lendemain, il dut cesser son travail de bonne heure, telle-

ment il se sentait le bras brisé. Il se reposa plusieurs jours; puis il reprit son travail qu'il continua malgré la réapparition et la persistance d'une gêne indéfinissable au niveau surtout de la tumeur et malgré la présence du mouchoir dont la compression diminuait quelque peu la douleur, mais ne la supprimait pas et n'empêchait pas le développement de la tumeur. Il y a quelques jours, le malade dut suspendre de nouveau son travail et se décider à entrer à l'hôpital pour « se guérir. »

Nous examinons la tumeur: le membre étant au repos le long du corps, nous sentons à la palpation une tumeur proéminente, molle, peu compressible; la peau qui la recouvre, de couleur normale, glisse sur elle. La tumeur occupe le trajet de la longue portion du biceps. Nous faisons fléchir l'avant-bras sur le bras : la tumeur acquiert le volume d'un œuf de pigeon; elle devient dure et irréductible. Les doigts de la main droite, pressant la tumeur, en soulevant de la main gauche le bras et l'avant-bras fléchis jusqu'à la hauteur de l'horizontale, nous éprouvons la sensation d'un déplacement musculaire et une petite diminution du volume de la tumeur qui reste toujours incompressible. Le membre remis au repos le long du corps, ces phénomènes disparaissent et la tumeur nous offre de nouveau les symptômes ci-dessus exposés. Nous pensons à une hernie musculaire de la longue portion du biceps. M. le Dr Guglielmi confirma le diagnostic et proposa au malade l'opération, qu'il accepta.

Le malade couché dans son lit ne fut pas chloroformisé; la main d'un aide immobilisa la peau de la région et l'opérateur, après y avoir marqué par deux points d'encre les angles présumés de l'étranglement aponévrotique, pratiqua une incision de huit centimètres, parallèle au grand axe de la tumeur et dépassant celui-ci d'un centimètre à chacune de ses extrémités. Arrivé sur la tumeur, l'opérateur introduisit

et maintint pendant quelque temps dans la plaie une éponge trempée dans de l'eau fortement phéniquée pour arrêter l'hémorrhagie et pouvoir examiner la tumeur. Celle-ci s'offrit sous la forme d'une masse charnue rougeâtre, molle, grandissant ou diminuant de volume par les mouvements de flexion et d'extension imprimés au membre. L'aponévrose d'enveloppe était perceptible, surtout au doigt explorateur qui saisissait assez bien le contour de son ouverture.

La tumeur fut refoulée, réduite au doigt. Un tube à drainage de grosseur appropriée fut installé en séton et maintenu dans la plaie par un point de suture profond, mais peu serré, fait avec de la soie phéniquée et renforcée par une bandelette de diachylon. Un pansement antiseptique acheva l'opération et le membre dans l'extension fut immobilisé dans une gouttière coudée.

Le 11 au soir, fièvre, température 38° — on donne au malade 1 gr. de quinine; le 12, la fièvre continue, température 39°; symptômes inflammatoires, chaleur, rougeur autour des bords de la plaie, douleur, insomnie; on donne au malade 12 pilules de quinine opiacée, on enlève la bandelette de diachylon, on maintient le point de suture et l'on couvre la plaie de cataplasmes émollients. Le 13, le mouvement fébrile diminue; température 38°, inappétence, les symptômes inflammatoires restent les mêmes, sauf la douleur qui a diminué; le malade prend 1 gr. de quinine, une potion calmante pour la nuit, on continue les cataplasmes; le 14, au matin, pas de fièvre, l'inflammation a diminué, la suppuration s'établit bien, l'inappétence continue, la langue est chargée; on prescrit au malade un verre de Pullna chaque matin pendant trois jours, on continue le pansement à la poudre d'iodoforme.

Depuis le 16, la plaie suit son évolution normale; l'inflammation disparaît, les lèvres de la plaie sont rabattues de nou-

veau par la bandelette de diachylon ; le 17, le tube à drainage est enlevé ; le 25, le travail cicatriciel est terminé. L'incision faite au tégument externe offre encore une ligne de bourgeons que l'on réprime avec le crayon au nitrate d'argent. Les bords de la plaie commencent à s'incurver. Le 30, la plaie offre l'aspect rougeâtre du tissu cicatriciel nouveau. Le membre supérieur dans son ensemble exécute tous les mouvements qui lui sont naturels ; il n'a pas perdu de sa force. La hernie ne reparaît pas, seule la peau est adhérente et suit le muscle dans ses mouvements, mais cette adhérence ne gêne en rien le malade qui quitte l'hôpital le matin même, en nous promettant de suivre le conseil d'éviter tout effort violent et de porter pendant un certain temps le bandage qu'on lui a remis.

Observation IX.

On lit dans le *Bulletin de la Société de chirurgie,* 1re série, t. VIII, p. 23, année 1857-1858, séance du 15 juillet :

Tumeur de la partie antérieure du bras gauche.

M. Verneuil montre un malade qui offre une tumeur du biceps brachial.

Martin Paul, imprimeur, âgé de 60 ans, d'une bonne constitution, s'est aperçu, il y a quelques jours seulement, de la présence d'une tumeur indolente à la partie antérieure du bras gauche, à l'union des deux tiers inférieurs avec les trois quarts supérieurs. Depuis près de quinze ans, il a toujours ressenti dans cette région quelques douleurs vagues, mais sans trace d'inflammation, sans vestige de tumeur. Il ne se

rappelle pas avoir reçu de coup, ni avoir fait d'effort violent, ni récemment, ni autrefois.

Aujourd'hui même les douleurs sont nulles soit dans les mouvements, soit dans les explorations ; les mouvements ne sont nullement gênés, et le malade, gaucher ordinairement, possède la même force des deux bras.

Examen de la tumeur.— Le bras étant dans l'extension et en l'absence de toute contraction des fléchisseurs de l'avant-bras, on aperçoit à la partie antérieure du bras, située immédiatement au-dessous de la peau, une tumeur molle, facile à déplacer dans le sens transversal, et qui paraît intimément liée au biceps huméral, sinon en faire partie intégrante.

Cette tumeur a environ trois centimètres de diamètre en largeur et hauteur ; elle se perd insensiblement en bas avec le biceps à 4 millimètres au-dessus du tendon ; elle se termine au contraire assez brusquement en haut et par un bord irrégulier. Immédiatemment au-dessus de cette tumeur, le biceps se rétrécit considérablement en travers ; il paraît uniquement formé par la courte portion, et au contraire une dépression longitudinale assez profonde se montre à simple vue dans toute la région occupée par la moitié supérieure de la longue portion du biceps.

Lorsque, le bras restant toujours dans l'extension, on ordonne au malade de contracter le biceps, la tumeur devient tout à coup beaucoup plus saillante, beaucoup plus dure, et se porte en même temps un peu en haut et en dehors.

Lorsqu'on fait fléchir l'avant-bras, soit d'une manière modérée, soit avec la plus grande énergie possible, la tumeur reste toujours saillante, remonte à mesure que la flexion augmente, redescend à mesure que le bras s'étend davantage. Elle augmente ou diminue de consistance exactement

de la même manière que la portion interne du biceps et que celui du bras opposé.

Lorsque la contraction existe et que la tumeur durcit, elle devient tout à fait immobile. Si on compare vers la partie moyenne le biceps en contraction sur les deux bras à la fois, on constate que du côté sain le muscle a environ 5 centimètres de largeur, tandis qu'il n'en offre que 3 du côté gauche.

Tous ces renseignements me font penser que la tumeur est formée par la longue portion du biceps, pelotonnée à la partie inférieure par suite de la rupture de son tendon ou du relâchement de ce lien fibreux.

J'ai conseillé au malade de ne rien faire, et seulement de protéger et soutenir la tumeur au moyen d'une sorte de brassart en cuir et en tissu élastique.

M. Morel-Lavallée ne partage point l'opinion de M. Verneuil. La tumeur, dit-il, est indépendante du biceps ; elle offre, à l'état de repos ou de contraction du muscle, une fluctuation, même du haut en bas, qui rappelle l'idée d'un kyste ou d'un lipome. Il propose la ponction exploratrice.

M. Ad. Richard dit que cette tumeur est du muscle ; il est de l'opinion de M. Verneuil. Il croit seulement à une atrophie ou même à une disparition complète des deux tiers supérieurs du muscle. C'est là une maladie que les travaux contemporains ont bien fait connaître, et elle lui explique à merveille la saillie anormale du tiers inférieur du biceps qui a conservé tout son volume.

M. Deguise n'est pas édifié sur la nature de la tumeur ; il ne peut admettre une rupture du muscle qui a entraîné par en bas tout son corps charnu, car la saillie qu'il aperçoit ne lui rend pas compte par son volume de la masse charnue qui serait venue s'y condenser.

M. Boinet croit à l'existence d'une hernie musculaire, car

il a vu un cas ayant de l'analogie avec celui-ci, et où la hernie musculaire était certaine.

Après quelques paroles de M. Verneuil, tout les membres semblent d'accord sur sa nature musculaire.

Observation X.

(Empruntée au Dr Cambon)

M. le baron Larrey reçoit dans son service, salle 29, N° 22, en mars 1856, un nommé Gilbertas, fusilier au 50me de ligne, atteint dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, d'un gonflement considérable de la jambe gauche. Au bout de quelques jours, ayant diagnostiqué un abcès et incisé au milieu des gastrocnémiens jusque sur les muscles profonds de la jambe un flot de pus en sort; les jumeaux sont à découvert dans une étendue de 7 à 8 centimètres. La suppuration dure 15 jours, le foyer se déterge, la plaie se comble, et une cicatrice comprenant l'aponévrose jambière postérieure contient les muscles du mollet et leur permet de se contracter avec autant d'énergie que précédemment.

Observation XI.

(Empruntée au Dr Cambon)

M. Mourlon cite l'observation suivante:

Balex, cavalier de la 2me compagnie du train des équipages de la Garde, 27 ans, bien musclé et de constitution bonne, ressentit, le 15 février 1861, à la suite de grandes fatigues, une violente douleur dans le haut de la cuisse droite.

Après deux jours de repos et d'application de cataplasmes, il survint quelques frissons, une fièvre assez forte, un gonflement très douloureux de la partie entéro-postérieure de la

cuisse droite. Je reconnus les débuts d'un phlegmon et je plaçais Balex à l'infirmerie.

Traitement. — Frictions mercurielles et cataplasmes laudanisés nuit et jour, diète, tisane d'orge.

19 février, tuméfaction, rougeur, sensation vague de fluctuation, douleur pulsative. Pas de sommeil. Pressentant qu'il existe une suppuration profonde, je plonge mon bistouri au-delà de l'aponévrose, que j'incise largement de haut en bas, au niveau du bord externe du triangle de Scarpa. La plaie produite a au moins 4 centimètres de long ; un flot de pus s'en échappe. Pansement simple, mèche.

20. Suppuration abondante, mèche, le malade mange un peu.

25. La suppuration diminue. Une masse charnue se présente entre les lèvres de la plaie ; elle augmente et durcit dans les mouvements de flexion et d'adduction combinés de la cuisse : c'est le couturier qui fait hernie.

Traitement. — Pansement simple, extension permanente du membre.

1er mars. La plaie se resserre et est en voie de guérison.

4. La plaie est fermée.

25. La cicatrice est réduite à une ligne et il n'y a plus de tumeur musculaire.

A ces deux observations, nous pourrions encore ajouter celle que nous citons nous-même ; il nous semble, en effet, que la cicatrice, à la suite de laquelle s'est formée une adhérence des parties sous-jacentes avec la peau, est la seule qui ait arrêté le développement de la tumeur.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 février 1887.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 février 1887.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baudin. — Contribution à l'étude de la hernie musculaire, *in* Rec. de Mem. de Med., de Chir. et de Pharm. milit., 3e série. t. xxxvii, p. 319 à 339, 1881.

Bonnet (de Romans). — Essai sur les hernies musculaires, Montpellier 1886.

Bérard. — Du diagnostic des maladies chirurgicales, thèse de concours 1836, p. 215.

Cambon. — Thèse de Montpellier, 1878.

Desprès. — Des tumeurs des muscles, th. d'agrég. en chir., p. 128, 136, Paris 1886.

Dupuytren. — Journal hebd. de méd., t. iv, p. 13, N° du 4 juillet 1830.

E. Follin. — Traité élément. de path. ext., t. ii, p. 182 à 185, Paris 1872.

Henocque. — Art. Musculaire (Part. chirurg.), *in* Dictionn. encycl. des sc. méd. de Dechambre, t. ix, p. 95 et suiv., Paris 1876.

Laugier. — Art. Cuisse, *in* Dict. de méd. et de chir. prat. de Jaccoud. t. x, p. 483 et 484. Paris 1869.

Mourlon. — Essai sur les hernies musculaires, *in* Rec. de Mem. de Med., de Chir. et de Pharm. milit., 3e série, t vi, p. 227 à 255, Paris 1861.

Nélaton. — Elém. de path. chirurg., Paris 1868, t. i, p. 792 à 795.

Portal. — Anatomie médicale, t. ii, p. 142.

Rouillois. — Thèse de Paris 1829.

Sédillot. — *In Gaz. médic. de Strasbourg*, p. 46, année 1859.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !